入会申込書

(正会員・ 賛助会員)

長崎県医療ソーシャルワーカー協会の規約に賛同し、入会金及び年会費を添えて入会を申し込みます。

令和 年 月 日施設名氏名

長崎県医療ソーシャルワーカー協会長 様

	→ □±°	_														
	フリガラ	Γ														
氏名											性別		男	• 女		
生年月日	3								ソーシャ	ァルワー	-カーとし	て	の経験	全年	<u></u> 数	
(大正・	昭和	· 亚	·成)	4	年	月	日								年
		PHTH		1-20/		-	7.1	I								
所属施訂	Σ̈́															
名和	ቮ :															
所在	E地:〒		_													
所属	属課•係∶	名:														
職名	:															
TEI	_:		()											
FAX	K :		()											
		よる位	•	のお知	,	を希望	(t Z	.	たい)							
※FAXによる協会からのお知らせを希望 (する ・ しない)																
	nail:															
*	E−mai	による	協会が	いらのお	お知ら	せを希	望(す	する・	しない)						
 お持ち	の資格	があれ	ばご話	· 入下	יייייייייייייייייייייייייייייייייייי											
備考																
MH.√⊃																
送付先:	長崎県	医療り	ーシャ	ルワー	-カーti	こ 全事	終局 が	市川病	空 地域	医療結	かっます	理	午野			

送付先:長崎県医療ソーシャルワーカー協会事務局 姉川病院 地域医療福祉連携課 矢野 〒854-0031 諫早市小野島町2378-2 TEL:(0957)24-3180 FAX:(0957)24-3991

E-mail: msw3@anegawa-hp.or.jp

承認印					
協会長	事務局				